

2. Михайлов, В. М. Нагрузочное тестирование под контролем ЭКГ : велоэргометрия, тредмилл-тест, степ-тест, ходьба / В. М. Михайлов. – Иваново: А-Гриф, 2005. – 440 с.

3. Скуратова, Н. А. Рекомендации по допуску детей к занятиям спортом / Н. А. Скуратова, Л. М. Беляева, Е. Ю. Проценко // Журнал здоровья и экологии. – 2015. – № 1. – С. 58–63.

4. Скуратова, Н. А. Диагностическая значимость синдрома ранней реполяризации желудочков у детей и подростков, занимающихся спортом / Н. А. Скуратова // Специфические и неспецифические механизмы адаптации во время стресса и физической нагрузки / сб. тез. Республик. науч.-практ. интернет-конф. с междунар. участием, Минск, 30 нояб. 2016 г. – Минск, 2016. – С. 50–54.

5. Скуратова, Н. А. Синдром ранней реполяризации желудочков у детей и подростков: диагностический алгоритм при допуске к физическим нагрузкам / Н. А. Скуратова // Проблемы здоровья и экологии. – 2016. – № 4. – С. 96–100.

АНТИБАКТЕРАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ОЧАГОВЫХ ВНЕГОСПИТАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

Сорокопыт З.В., Литавор А.М.*, Сорокопыт Е.М.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

1-я кафедра детских болезней, Гродно, Беларусь

*УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»,

Гродно, Беларусь

Введение. Специалисты ВОЗ и ЮНИСЕФ еще в 2009 году объявили пневмонию основной причиной смерти детей до пяти лет и декларировали «Глобальный план действий по профилактике пневмонии и борьбе с ней», в котором в качестве основного эффективного метода снижения детской смертности рассматривалось управление наиболее частыми возбудителями пневмонии [1]. За последние годы появились новые данные об этиологии пневмонии, определены варианты течения заболевания и разработаны оптимальные программы лечения. Однако распространенность и прогноз пневмонии у детей в различных регионах неодинаковы и во многом зависят от социально-

экономических условий. Так, по данным ВОЗ, заболеваемость пневмонией у детей раннего возраста в экономически развитых странах не превышает 3-4% и составляет не более 8–9% от всех причин смертности [5]. Основными причинами развития тяжелых и осложненных форм заболевания являлись поздняя диагностика, несвоевременность назначения антибиотиков и неадекватное их применение.

Диагностика и терапия внебольничной пневмонии (ВП) у детей являются актуальными вопросами педиатрии. Из-за многократного и нередко необоснованного назначения антибиотиков в мире растет частота инфекций, вызываемых микроорганизмами, ставшими малочувствительными к используемым антибиотикам. Проблема антибиотикорезистентности приблизилась к критическому уровню. В формировании резистентности играют роль растущее число пациентов с иммунодефицитами, введение новых, часто инвазивных медицинских технологий, делающих возможной более быструю передачу резистентных микроорганизмов, мутации самих микроорганизмов, а также широкомасштабное применение антибиотиков в ветеринарной индустрии [2, 4, 5].

Антибиотикотерапия (АБТ) признана единственным научно обоснованным методом лечения пневмонии, конечный результат которой зависит от правильно выбранного антибиотика и оптимальной продолжительности его введения, что гарантирует достижение микробной эрадикации [2, 3, 4]. Следует отметить, что микробный спектр пневмоний за последние 20–30 лет существенно расширился, и этот процесс продолжается и дальше. Наряду с известными пневмотропными возбудителями появились новые, значительно изменившие и углубившие традиционные представления о классических пневмониях [2, 3, 5]. От 8 до 40% пневмоний у детей имеют смешанную бактериальную или вирусно-бактериальную этиологию. Смешанная инфекция способствует более тяжелому течению болезни и удлиняет сроки госпитализации. Между тем в повседневной клинической практике в отношении абсолютного большинства внебольничных пневмоний у детей доказательств эрадикации возбудителя получить не удастся.

Цель исследования: анализ антимикробной терапии у пациентов детского возраста с различными морфологическими формами острых внебольничных пневмоний.

Объект и методы исследования. Работа была проведена на базе учреждения здравоохранения «Гродненская областная детская клиническая больница». Для анализа были отобраны 340 карт (ф. 003у-07) пациентов детского возраста от 1 месяца до 18 лет с внегоспитальными пневмониями, проходивших лечение в 4 педиатрическом отделении. Критерием включения в исследование был верифицированный рентгенологический диагноз пневмонии.

Результаты и их обсуждение. В зависимости от объема поражения легких пациенты были распределены в три репрезентативные группы: первую (I) составили 204 (60%) ребенка с очаговой пневмонией, вторую (II) – 116 (34%) с сегментарной, и третью (III) – 20 (6%) с лobarной. Констатировано достоверное превалирование очаговых пневмоний над другими морфологическими формами в целом в выборке и во всех возрастных группах. Полученные данные согласуются с литературными по структуре внебольничных пневмоний у пациентов детского возраста в современных условиях (таблица).

Таблица – Возрастная структура различных форм внебольничных пневмоний у детей

Возрастные группы	Пневмонии очаговые, n=127		Пневмонии сегментарные, n=57		Всего пневмоний n=184	
	n	%	n	%	n	%
Грудной возраст	20	16	10	18	30	16
Дошкольный возраст	29	23	12	21	41	22
Младший школьный возраст	33	26	22	38	55	30
Старший школьный возраст	45	35	13	23	58	32
Всего детей, %	127	100	57	100	184	100

Как видно из таблицы, среди пациентов с очаговыми пневмониями больше было старших школьников и меньше –

детей грудного возраста. Младшим школьникам с сегментарными пневмониями чаще потребовалась госпитализация в стационар, чем детям других возрастных групп. Сегментарная пневмония была диагностирована реже, чем в других группах, у пациентов грудного возраста.

Всем 340 пациентам с пневмониями было проведено 602 курса антибактериальной терапии. Антибактериальная терапия детей с очаговыми и сегментарными пневмониями была достоверно короче, чем с лобарными: I – $9,8 \pm 1,7$, II – $10,7 \pm 2,1$ и III – $18,9 \pm 2,6$ ($P_{I-III}, II-III < 0,05$). Анализ частоты использования антибиотиков при различных вариантах пневмоний показал, что более чем у половины (78%) пациентов с очаговыми пневмониями использовались для лечения цефалоспорины, значительно реже – аминогликозиды (27%) и макролиды (17%) – рисунок. У пациентов с сегментарными пневмониями увеличилась частота назначения респираторных фторхинолонов (9%) по сравнению с 6% в группе с очаговыми пневмониями. Препараты цефалоспоринов и аминогликозидов при лобарных пневмониях назначались с одинаковой частотой (по 25%), несколько реже (по 17%), но чаще, чем в других группах – фторхинолоны и карбапенемы. У четвертой части детей (25%) с лобарными пневмониями использовалась комбинированная терапия цефалоспоридами и аминогликозидами.

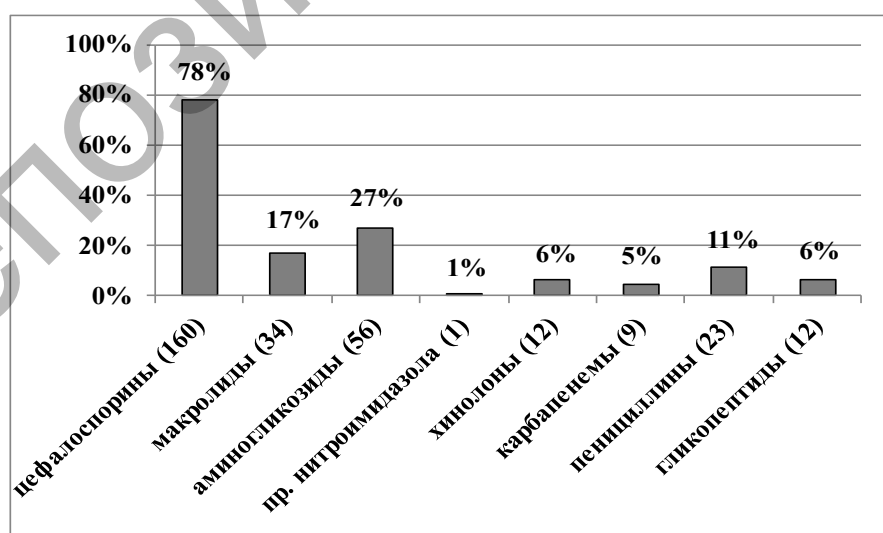


Рисунок – Антибактериальная терапия пациентов с очаговыми пневмониями

Почти все дети с очаговыми пневмониями получали монотерапию антибиотиками, а с сегментарными и лобарными – комбинированную. В лечении всех форм пневмоний преобладал парентеральный путь введения антибиотиков над энтеральным ($p < 0.05$). При очаговых и сегментарных пневмониях антибиотики чаще вводились внутримышечно, а при лобарных – внутривенно.

Таким образом, анализ информации, полученной путем изучения 340 медицинских карт стационарного пациента от 1 месяца до 18 лет с различными морфологическими формами внегоспитальных пневмоний, позволил сделать следующие **выводы**:

1. Антимикробная терапия у детей с очаговыми пневмониями была достоверно короче, чем с лобарными и сегментарными, с преобладанием парентерального способа введения препаратов.

2. У пациентов с очаговыми пневмониями чаще использовалась монотерапия АБП, с сегментарными и лобарными – комбинированная.

3. Антибиотиками выбора в лечении очаговых форм пневмоний были цефалоспорины.

4. Значительно реже, чем в условиях амбулаторного лечения, стационарные пациенты с очаговыми пневмониями получали пенициллиновые антибиотики.

5. Фторхинолоновые антибактериальные препараты в лечении очаговых пневмоний использовались реже, чем лобарных и сегментарных.

Список литературы:

1. ВОЗ. Информационный бюллетень № 331 (ноябрь 2013). – URL : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/ru>.

2. Внебольничная пневмония у детей: распространенность, диагностика, лечение, профилактика. Научно-техническая программа. – М. : Оригинал-макет, 2011. – 68 с.

3. Высочина, И. Л. Внебольничная пневмония у детей / И. Л. Высочина, Е. Л. Кривуша, Е. А. Русакова // Здоровье ребенка. – 2014. – № 2 (53). – С. 101–104.

4. Жерносек, В. Ф. Острая пневмония у детей: лечение, профилактика / В. Ф. Жерносек, К. К. Орынбасарова, Ш. К. Батырханов. – Минск : БелМАПО, 2013. – 51с.

5. Child Health Epidemiology Reference Group of WHO and UNICEF. Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis / R. E. Black [et al.] // Lancet. – 2010. – № 375 (9730). – P. 1969–1987.

БОЛЕЗНЬ КРОНА У ДЕТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ (ОПЫТ 4 ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Г.МИНСКА)

***Строгий В.В., Назаренко О.Н., Белкина Е.И., Печковская Е.В.*,
Калинин О.Д.*, Шепелев Д.С.****

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
кафедра пропедевтики детских болезней, Минск, Беларусь

*УЗ «4 городская детская клиническая больница», Минск, Беларусь

Введение. Болезнь Крона (БК) – хроническое рецидивирующее заболевание, которое характеризуется трансмуральным гранулематозным воспалением с сегментарным поражением различных отделов ЖКТ, с преобладанием изменений в подслизистом слое и возможными системными и внекишечными осложнениями [1].

Примерно у 25% больных воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) манифестируют в детском возрасте, причём за последние 10 лет частота ВЗК у детей возросла в 3 раза [1, 2]. Заболеваемость болезнью Крона у детей составляет примерно 3 на 100000 и также имеет тенденцию к возрастанию. БК может поражать любой участок пищеварительного тракта, но у детей, по данным литературы, доминирует поражение илеоцекального отдела (70%), поражение толстой кишки встречается в 30%, аноректальной области – у 20%, верхних отделов ЖКТ – у 5 – 15% детей [2].

Трудности диагностики и лечения БК у детей обусловлены отсутствием специфических симптомов; «масками» других заболеваний; необходимостью инвазивного инструментального обследования, с учётом возможного поражения любого участка